Rok XXXVII. Kraków, 19. Listopada 1898. **Nr. 47.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O ranach serca.

Wykład wygłoszony przy otwarciu półrocza zimowego 1898/99 w lwowskiej klinice chirurgicznej

przez

Prof. Rydygiera,

c. k. Radcę Dworu.

Szanowni Panowie! Nie mogę rozpocząć naszych wykładów bez wyrażenia żalu, smutku i oburzenia z powodu zbrodni, dokonanej na Najdostojniejszej Naszej Cesarzowej i Królowej. Z ludami Austryi cały świat współczuje z najukochańszym naszym Monarchą, nietylko z powodu utraty najlepszej Pani, ale utraty tak tragicznej! — Jeżelić wszyscy czują potrzebę wyrażenia swych uczuć Najjaśniejszemu Panu, to tem większy obowiązek i tem większe prawo my mamy tutaj, w klinice chirurgicznej. Wszakże to było największą przyjemnością, niemal potrzebą życia Serdecznej tej Pani koić cierpienia nieszczęśliwych i chorych, a czy nie jest to i kliniki naszej pierwsze zadanie? Rana zadana Sercu najwznioślejszemu, najlepszemu zakończyła życie Najjaśniejszej Pani, a chirurgia stoi pochylona i, roniąc łzy nad niepowetowaną stratą, biada: „czemużem nie mogła uratować najdroższego tego życia, czemu nie mogłam utrzymać towarzyszki, podpory Najlepszemu Panu! Tyle mnie wychwalają, że jestem tak można, że tyle ofiar śmierci wydzieram, czemuż nie mogłam jej wydrzeć tej jednej, najdroższej"! — A anioł śmierci nachyla się jej do ucha i rzeknie: potężna jesteś, wielka twa siła i słusznie Cię wielbią, ale Bóg silniejszy; nie twoja niemoc, a wola Boska pozwoliła zgasnąć temu światłu, bez cierpień. — A więc mam tę moc i siłę nawet w serce ugodzonym uratować życie? — Masz ją za prawdę! Masz ją! odpowiadamy z dumą i my adepci tej wzniosłej nauki, tej sztuki nieporównanej.

Nieubliży to wielkiemu naszemu smutkowi, ani zmniejszy jego tkliwość, jeżeli na pierwszej tej lekcyi, która cała poświęcić chciałbym oddaniu hołdu ś. p. Najjaśniejszej Pani i okazaniu współczucia i miłości naszemu Monarsze, zastanowimy się bliżej nad ranami serca i ich leczeniem, azebyście Panowie i w rzadkich tych przypadkach umieli sobie, nie tracąc głowy, radzić.

Rany serca znano w najdawniejszych czasach, uważając je za sprowadzające niechybną i natychmiastową śmierć. Już Homer opisuje, jak Idomeneus wbija włócznię Alkathoosowi w serce, które drgając, poruszało koniec pocisku (ἥ ῥά οἱ ἀσπαίρουσα καὶ οὐρίαχον πελέμιζεν ἔγχεος); a Hippokrates uważa rany serca zarówno z ranami pęcherza, mózgu, jelit i wątroby za niewątpliwie śmiertelne. Ileż się to od tego czasu zmieniło? jak olbrzymie postępy chirurgia nasza od tego czasu zrobiła? Ani rany mózgu, ani jelit, ani wątroby nie muszą dzisiaj zakończyć się śmiercią, ale nawet rany serca nie stanowią już niedostępnego pola dla pewnej a śmiałej ręki chirurga od czasu, jak Farina, Cappelen i Rehn zdołali szwem, założonym na serce, ranę zamknąć i krwotok zatrzymać. Pierwszym dwom chorzy pomarli w kilka dni po operacyi z przyczyn pobocznych. Rhena operowany wyzdrowiał zupełnie i pierwszy to przypadek, w którym czynny zabieg chirurga zdołał uratować życie ugodzonemu w serce. Znane były nam już i przedtem przypadki zranienia serca, które bez wszelkiego zabiegu czynnego zakończyły się szczęśliwie i zadawały kłam staremu zapatrywaniu, jakoby wszystkie rany serca musiały się zakończyć śmiertelnie.

Najrozmaitsze przyczyny wywołać mogą obrażenia serca: znamy rany kłóte, cięte i postrzałowe, a nawet rany powstałe wskutek urazu tępego. Zdarza się bowiem, że po silnem zadziałaniu przedmiotu tępego serce pęka bez głębszego uszkodzenia klatki piersiowej, a po spadnięciu z znaczniejszej wysokości całe serce może się nawet oderwać.

Nasz rodak Talko opisuje taki przypadek, w którym żołnierza uderzył koń kopytem, skutkiem czego śmierć nastąpiła 6-go dnia, a przy badaniu pośmiertnem znaleziono prócz złamania 4 i 5 żebra, także poziome rozdarcie lewej komórki serca.

Ciekawe są też przypadki, jakie opisują Karliński, Hicquel i inni, gdzie ściana serca była na wylot przedziurawiona, a osierdzie, wypełnione krwią, nie miało żadnego otworu i kulę znaleziono na zewnątrz osierdzia. Powstanie tego obrażenia można sobie tylko tak wytłómaczyć, że kula już w słabym pędzie (matte Kugel) uderza elastyczne osierdzie i wciąga je za sobą do miąższu serca, a po zupełnem wyczerpaniu siły kuli, osierdzie, wracając dzięki swej elastyczności na dawne swe miejsce, wyciąga kulę z rany serca; osierdzie zaś pozostaje nieprzedziurawione.

Do bardzo rzadkich wydarzeń zaliczyć należy uszkodzenia serca skutkiem zadziałania od wnętrza klatki piersiowej, jak np. połkniętemi igłami lub innemi podobnemi ciałami.

Rozumie się samo przez się, że każdy odcinek serca może być uszkodzonym. Największą ciekawość budzą te rany, które przedziurawiają całe serce, a nie otwierają żadnej z jam. Rany te przebiegają w przegrodach. Do najniebezpieczniejszych policzyć należy te, które przecinają jednę z tętnic wieńcowych. Tak pouczyły piękne doświadczenia Bodego. Najlepiej rokować pozwalają rany zewnętrznej powierzchni serca. Bez zadziałania gwałtu zewnętrznego pęka tylko bardzo zmieniony mięsień serca.

Objawy, występujące po zranieniu serca podam tylko w krótkim i w zwięzłym zarysie, znaleźć je bowiem można

opisane w każdym podręczniku. Są one bardzo różnorodne. Najczęściej bywa tak, że raniony w serce pada trupem na miejscu, i ztąd pochodzi, że tak uboga jest kazuistyka ran serca podczas wojny. Kiedyindziej dzieje się tak, że zraniony zrazu traci świadomość i omdlewa, wnet jednak przychodzi do siebie. Bywają jednak i takie przypadki że zraniony nie wie o tem wcale, iż ma ranę w sercu i z tym bujnym zarodem śmierci w piersi zdąży jeszcze przebyć nie małą przestrzeń drogi. Dopiero później powolnie rozwijające się objawy zapalenia osierdzia i płuc lub nagłe, niespodziewane zejście śmiertelne pozwalają ocenić znaczenie zadanej rany. Taki przypadek opisuje Rose: pewien kupiec umiera nagle, bez jakichkolwiek poprzedzających, mogących zaniepokoić objawów. Podczas sekcyi znaleziono igłę, która przebijała całą grubość ścianek prawej komory i jednym końcem wysterczała do worka osierdziowego, przepełnionego krwią. Dokładne wywiady wykazały, że człowiek ten przed 3 dniami doznał nagle kłójącego bólu w okolicy serca, na co jednak nie zwrócił pilniejszej uwagi. Wieczorem tego samego dnia zauważył, że znikła mu była igła, którą da wniej wetknął w koszulę.

Zwykle jednak bywa tak, że zranieni przedstawiają objawy ciężko chorych: skóra blada pokrywa się zimnym, lepkim potem, oddech utrudniony i powierzchowny, znaczna duszność, tętno drobne, szybkie, przepuszczające

Przy opukiwaniu znajdziemy raz obraz stłumienia bezwzględnego zwiększony (krwistek w osierdziu), kiedyindziej stłumienie serca znika zupełnie (odma osierdzia), a zależy to od tego, czy równocześnie z sercem zostało płuco uszkodzone, czy też nie. Przy osłuchiwaniu stwierdzano przeróżne tony i szmery, z których zwłaszcza metaliczne, dmuchające lub pluskające mają być dla tego rodzaju zranień charakterystyczne. W pojedynczych przypadkach słyszano już te szmery na pewną odległość od chorego. Krew wylewająca się z rany, pochodzić może z samego serca lub z równocześnie uszkodzonych naczyń ścian klatki piersiowej *(art. mammaria int., thoracica longa* itp.). Tkanka podskórna w najbliższem sąsiedztwie rany bywała niekiedy odęta powietrzem, gdy równocześnie płuco uległo zranieniu. A że to ostatnie powikłanie wcale nierzadko współistnieje, więc też względnie często notowano *pneumo*, i *haemothorax*. Jednym z główniejszych objawów zranienia płuc bywa odkrztuszanie krwi. Nie potrzeba chyba kłaść na to szczególnego nacisku, że równoczesne uszkodzenie płuc zwiększa tylko duszność.

Wyjątkowo spostrzegano połowicze porażenie ciała, wywołane zatorem w naczyniach mózgu, pochodzącym z serca.

Z objawów występujących później, wyszczególnić należy zapalenie osierdzia, wsierdzia i opłucnej. Śmierć nastąpić może jednak i skutkiem zmian dalszych w samym mięśniu sercowym, przewlekłej niedokrewności, obrzęków, białkomoczu i t. d. Ciała obce, które od czasu wypadku pozostawały w sercu, mogą stany te podtrzymywać, chociaż z drugiej strony znane są wypadki, gdzie ciała takie i to wcale nie drobne, bo kule, leżały w sercu 6, 20, ba nawet 30 lat, nie sprowadzając szkody dla chorego (Latour, Hamilton i in.)

Rozpoznanie ran serca natrafia czasem na znaczne trudności. Wyżej wymienione objawy, obok dokładnych wywiadów, szczególnie dotyczących siły i kierunku działającego gwałtu, doprowadzą nas w większości przypadków do pożądanego celu. Nie mogę się jednak zgodzić ani z Rehnem ani ze Sendlerem, którzy na ostatnim Kongresie chirurgów niemieckich doradzali sondowanie rany, aby się w rozpoznaniu upewnić. Bo i cóż przez to osiągamy? Wypukiem, osłuchiwaniem, dokładnem rozważeniem umiejscowienia i przyrody rany, dostatecznie pewnie możemy stwierdzić, czy osierdzie jest zranione, czy też nie. A o tem, czy serce równocześnie jest uszkodzonem i, o co nam głównie przed przystąpieniem do operacyi chodzić będzie, nigdy i w żadnym razie zgłębnikiem się nie przekonamy. Przyznać zaś musimy, że wprowadzenie do rany zgłębnika, choćby jak odkażonego, nie jest bez niebezpieczeństwa. Bo jakkolwiek operujemy narzędziem wyjałowionem, to operujemy w polu dokładnie odkazić się nie dającem. Pomijając już samo otoczenie rany, nigdy z czystem sumieniem twierdzić nie możemy, że w samym kanale, zwłaszcza po ranach postrzałowych, nie tkwią pojedyncze bakterye, jak to wykazały pilne i przekonywujące badania Müllera, Kollera, Karlińskiego i in. Te drobnoustroje możemy na zgłębniku przenieść w głąb aż do jamy osierdziowej. Nadto rozerwać możemy zlepione już może, blaszki opłucnej i następowo zwiększyć odmę piersiową. Rose *(Deutsche Zeitschrift für Chir. XX. p. 336)* opisuje przypadek, w którym właśnie skutkiem badania zgłębnikiem rany postrzałowej poczęło z niej krwawić. Zaniechać zatem należy sondowania, bo nietylko do celu nie prowadzi, lecz nadto jest niebezpiecznem.

Leczenie do niedawnych czasów ograniczało się do opatrzenia rany, położeniu worka z lodem na okolicę sercową i zachowaniu się spokojnem chorego. Łatwiej jednak lekarzowi zalecać choremu bezwzględny spokój, niż choremu uczynić zadość temu zaleceniu. Jakżeż bowiem może być spokojnym, kiedy go dręczy śmiertelna trwoga i ciągła duszność! Więc rzuca się niespokojnie, zmienia ciągle położenie i wszystkie mięśnie wytęża, byle zachwycić nieco więcej ciągle mu brakującego powietrza. W takich przypadkach wskazaną jest morfina w małych dawkach, mimo drobnego tętna. Z podawaniem środków pobudzających należy być bardzo ostrożnym, gdyż i tak najczęściej nie na wiele się przydają, a gdy przypadkiem zadziałają, to tylko szkodzą i serce pobudzone do wydatniejszych skurczów tem obficiej wylewa ze siebie krew przez ranę, już to na zewnątrz, już to do worka osierdziowego. A w obu razach niebezpieczeństwo równie groźne. Wielka to zasługa Rosego, że na tę okoliczność szczególniejszą zwrócił uwagę, jakkolwiek już przed nim i Cohnheim o tem wiedział. Mianowicie Rose stwierdził, że krew, gromadząca się w worku osierdziowym, coraz mocniej uciska na serce, aż ono w końcu przestaje się kurczyć. Stan ten nazwał on tamponadą serca (Herztamponade), określenie bardzo nieszczęśliwie dobrane, bo wszystko inne oznaczać może, tylko nie to, co ma określać.

Ażeby zmniejszyć parcie krwi w sercu i w ten sposób stworzyć korzystne warunki do zalepienia się rany lub zatkania jej skrzepem, zalecano obfite upusty krwi, w ilości takiej, aby pozostała reszta wystarczała zaledwie do podtrzymania życia. Takie znaczne obniżenie parcia ościennego krwi w sercu i naczyniach może rzeczywiście stanowić czynnik korzystny, ustać może krwawienie, jak to spostrzegamy przy krwotokach po omdleniu chorego. Ale gdzież tu miara dla ilości odpuścić się mającej krwi? któż będzie miał dość

odwagi, aby dalej pozbawiać krwi człowieka już na pół omdlałego i już pławiącego się we własnej krwi? I mimo gorących zaleceń Dupuytrena i zapewnień doświadczonego Rosego, że fala tętna staje się wyższą i pełniejszą, a krwawienie z samej rany serca się zmniejsza podczas upustu krwi ze żyły, chyba nader wyjątkowo uciekliby śmy się do tego środka. A nie wyrzekamy się go zupełnie, gdyż czytając opisy Rosego, odnosi się wrażenie, jakoby takie upusty krwi ze żyły u niektórych chorych rzeczywiście były czynnikiem ratującym życie.

W podręczniku moim, wydanym w r. 1893, zwracam już uwagę, że w odpowiednich przypadkach jedynie racyonalnem postępowaniem byłoby założenie szwu na ranę serca. W przypadkach, w których narzędzie uszkadzające tamponuje równocześnie ranę przez się zadaną, nie prędzej przystąpićby należało do jego wydobycia, ażby wszystko do szycia serca nie zostało przysposobionem. Bo przecież śmiercionośne żelazo, pozostawione w dzielnem sercu Epaminondasa, tak długo powstrzymywało śmiertelny krwotok, póki nie nadeszła wieść o sławnem zwycięztwie pod Mantineą, a Julian Apostata skonał dopiero wówczas, kiedy zawoławszy: „Gallilee vicisti“, wyrwał z serca zabójczą broń.

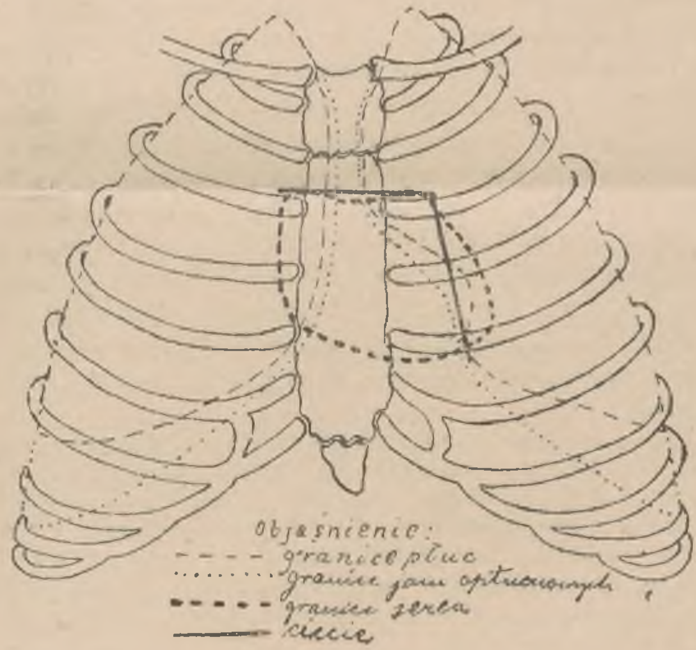
Od czasu, kiedy Rehnowi udało się przez założenie szwu na ranę serca uratować życie tak zranionemu, zrobiliśmy wielki krok naprzód. Przyszłość jednak dopiero pouczy nas, jakie zranienia w ten sposób czynnie leczone, pozwolą spodziewać się pożądanego wyniku.

Aby zabieg ten możliwie bezpiecznym, pewnym i łatwym w wykonaniu uczynić, na zwłokach ludzkich wypróbowałem technikę. Pierwszym warunkiem, jaki spełnić musimy, jest szerokie otwarcie osierdzia, bez równoczesnego zranienia opłucnej. Gdyż przystęp do serca musi być zupełnie swobodnym; nie tajno bowiem, że operacya jest trudna. Riedel opisuje wrażenie silne, jakiego doznał, kiedy po otwarciu osierdzia u postrzelonego, wtargnęło w nie powietrze, które gwałtownymi ruchami serca, zmięszane z płynem w worku się znajdującym, utworzyło pianę, która nieustannie wylewała się na zewnątrz i zalewała klatkę piersiową. A przecież Riedelowi byle jaka niespodzianka podczas operacyi nie zdoła zaimponować!

Wypiłowanie jednego (Rehn radzi V-go) lub dwóch (Riedel IV i V) żeber jest stanowczo niewystarczającem. Rehn opisuje, że za każdym skurczem rana prawej komory chowała się pod mostek tak, że mógł szyć tylko w chwili rozkurczu. Tak samo nie może zadowolnić cięcie Del Vecchioa, bo on pozostawia mostek nietkniętym. Znacznie lepiej odsłania serce metoda Podresa, który tworzy płat skórno-kostny, zawierający także lewą połowę dolnej części mostka i chrząstki III. do VI. żebra. Podstawa płatu położoną jest z boku i odchyla się go na lewo. I ten sposób ma jednak swoje strony ujemne. Przepiłowywanie mostka na dwie połowy jest zabiegiem żmudnym i dużo czasu wymagającym, a jeśli gdzie, to tu dużo na pośpiechu zależy. Nadto dostęp do prawej połowy serca jest prawie tak trudnym, jak i w poprzednich metodach. Nie wygodnem jest również odchylanie płatu w lewą stronę, gdyż tak utrudniamy sobie dostęp do ewentualnie równocześnie zranionego lewego worka opłucnowego, którego ranę należałoby rozszerzyć.

Już przed kilkoma laty opisałem trójkątny płat skórno-mięśniowo kostny wytworzony z bocznej ściany klatki piersiowej dla uprzystępnienia sobie ran przepony (*Wiener klin. Wochenschrift 1892, Nr. 50*). Gdy płat ten przesuniemy ku linii środkowej ciała tak, aby zawierał w sobie całą szerokość mostka i chrząstki III, IV i V, a ewent. także VI żebra, stwarzamy sobie zupełnie swobodny dostęp do worka osierdziowego i do serca. Stosunek worka osierdziowego do opłucnej jest bardzo zmienny, jak to wynika z bardzo obszernej pracy Wojnicz-Sianożeńskiego. Mimo jednak tych niestałych stosunków zawsze uniknąć możemy otwarcia jam opłucnowych, jeżeli tylko to tymczasowe wypiłowanie żeber i mostka z dostateczną wprawą i ostrożnością wykonywać będziemy, a w szczególności kiedy żebra i mostek przecięte zostaną podokostnowo i gdy w dalszym ciągu operacyi ściśle trzymać się będziemy wewnętrznej powierzchni kości. Nawet tętnicy sutkowej wewnętrznej nie potrzeba podwiązywać. Szczęśliwym trafem rozporządzałem raz w swych doświadczeniach zwłokami ze znacznym wysiękiem osierdziowym, a i w tym przypadku łatwo wytworzyłem i odłożyłem swój płat bez najmniejszego obrażenia osierdzia lub opłucnej.

Cięcie poziome prowadzę tuż ponad górnym brzegiem III żebra poprzecznie ponad mostkiem. Cięcie to na prawo



i na lewo przekracza linię przymostkową, w większym stopniu na lewo. Cięcie drugie przebiega ukośnie ku dołowi mniej więcej na granicy przejścia chrząstek żebrowych w kość od lewego końca cięcia pierwszego poczynając aż do dolnego brzegu V-go żebra. Teraz ostrożnie szeroką skrobaczką i podważką usuwam okostnę na mostku w linii cięcia skórnego i przecinam kość nożycami, dłutem lub piłeczką. W ten sam sposób przecinam chrząstki żeber od III do V-go w linii drugiego cięcia. Unosząc następnie ostrożnie płat w górę, przecinam i usuwam nożyczkami i skrobaczką, trzymając się ściśle wewnętrznej powierzchni kości, napinające się włókna tkanki łącznej i mięśni, póki nie uwolnię całej wewnętrznej powierzchni tego trójkątnego płatu. Jeżeliby odchylenie płatu w stronę prawą natrafiało na tru-

dności, możemy sobie pomódz przecinając od wewnątrz chrząstkę VI-go żebra, lub odpowiednio pomagając sobie na miejscu zagięcia się płatu. Po odłożeniu płatu na stronę prawą, zyskujemy zupełnie swobodny dostęp do worka osierdziowego, który teraz możemy szeroko otworzyć. Tem, sądzę, zapobiegniemy opisanemu przez Riedla pienieniu się krwi i szybko zoryentujemy się w położeniu, co też jest rzeczą nie małej wagi. Doświadczenie dopiero wykaże, czy ta metoda w spokoju i bez troski pomyślana i na zwłokach wypróbowana, równie dobrą będzie w godzinie trwogi i nieszczęścia.

II. O tak zwanem „wrzodliwem zapaleniu gardła" (*angina ulcerosa*) i jego rozróżnieniu od błonicy.

Podał

Doc. Dr. Jan Raczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Widzimy z tego pobieżnego opisu, że sprawy dziągnowe, bez względu na umiejscowienie, przebiegają mniej więcej w jednaki sposób, że w przypadkach typowych objawy wrzodliwego zapalenia gardła są dość znamienne, a wtedy i odróżnienie od błonicy już z samego przebiegu nie przedstawi większych trudności; jednakże, z drugiej strony, jak to stwierdzają wszyscy autorowie, często dziągna nie posiada cech tak wybitnie swoistych, aby pomyłka była niemożliwą. Prawdopodobnie nie jeden klinicysta spotykał się z tą postacią dziągny usadowionej na migdałkach i, przy niewielkiem nawet doświadczeniu, zdawał sobie sprawę z niezwykłego w tym razie przebiegu, a jednak, nie znając przyrody cierpienia, podciągał je pod pojęcie błonicy z odmiennym od zwykłych przypadków przebiegiem. Bernheim i Pospiszil powiadają:[1]) „ist doch eine ganze Reihe der von uns beobachteten Fälle mit der Diagnose Diphterie zu uns geschickt worden", a jako przykład prawdziwości tego twierdzenia, pozwolę sobie przytoczyć szczegółowiej jeden z naszych przypadków:

Dnia 15 lutego b. r. zgłosiła się do sali przyjęć krakowskiej kliniki chorób dzieci Z., opowiadając o swej 3-letniej córeczce Annie, że gorączkuje od dwóch dni, że z trudnością przełyka, a przy połykaniu skarży się na bóle, że zawezwany lekarz rozpoznał »dyfteryę« i z tego powodu odesłał ją do szpitala. Przy badaniu w ambulatoryum kliniki stwierdzono rzeczywiście pokłady na obu migdałkach, potwierdzono więc rozpoznanie co do błonicy i przydzielono dziecko na odpowiedni oddział szpitala św. Ludwika.

Dnia 15. lutego wspólnie z Drem Grażyńskim, sekundaryuszem oddziału, stwierdziliśmy u dziecka licho odżywionego, bladego, ze zmianami w kośćcu po przebytej krzywicy, niegorączkującego, powiększenie gruczołów chłonnych podszczękowych. Błona śluzowa gardła silniej zaczerwieniona, a na obu, już prawdopodobnie poprzednio do wielkości orzechów powiększonych migdałkach, pokłady: na prawym wielkości halerza, na lewym więcej podłużnego kształtu, barwy żółtawo-szarej, jakby rozpadające się. Na podstawie tego badania rozpoznano błonicę, zaliczając ten przypadek, ze względu na obecność znaczniejszych objawów zapalnych w okolicy (silne zaczerwienienie błony śluzowej) i na wejrzenie pokładów, do postaci błonicy pierwotnej, mięszanej, przypuszczając obok prątków Löfflera współudział paciorkowca. Ze względu na rozległość zmian i 3 dzień trwania choroby, zastosowano 2.000 jednostek surowicy Bujwida.

Dnia następnego zauważono, że pokłady przybierają cechę owrzodzeń, że stają się głębsze, a dno ich więcej brudne, że z ust cuchnie, że gruczoły obrzmiewają, a dziecko mimo to zupełnie swobodne; zważywszy to wszystko razem, a mając w pamięci pracę Bernheima, należało się zapytać, czy nie mamy do czynienia z wrzodliwem zapaleniem gardła (*angina ulcerosa*)? Zwrócono więc przedewszystkiem uwagę na stan dziąseł, ale te, prócz większego może zaczerwienienia brzegów, nie okazywały zmian dziągnowych; następnie, zebrawszy z dna owrzodzenia trochę wydzieliny, jedną część zaszczepiono na agarze glicerynowym i surowicy i odstawiono do termostatu, drugą, roztartą między dwa szkiełka i odpowiednio zabarwioną, badano pod drobnowidem.

Już to badanie drobnowidowe było wystarczającem do zmiany rozpoznania, potwierdzonej w zupełności dalszym przebiegiem choroby. Obraz drobnowidowy przedstawiał bowiem prawie czystą hodowlę prątków, przypominających błonicze, jednak grubszych, na obu końcach zaostrzonych, a obok tego gromadki słabiej zabarwionych, cieńszych niż prątki, jednak dłuższych, śrubowato skręconych krętków, nadto miejscami różnego rodzaju kokki.

Wobec tego wyniku badania można było, idąc drogą wskazaną przez Bernheima, nie czekać na wynik hodowli bakteryologicznych, lecz rozpoznanie zmienić i stwierdzone na migdałkach zmiany uważać za zapalenie gardła wrzodliwe (*angina ulcerosa*). Równocześnie należało też zmienić leczenie: podać wewnętrznie chloran potasowy i zastosować pędzlowanie z nalewki jodowej.

Dzień następny (17. Lutego) przyniósł dalsze dowody słuszności naszych zapatrywań; przy wizycie porannej zauważono bowiem nieznaczne owrzodzenia na brzegach dziąseł szczęki dolnej, w okolicy zębów siecznych; zmiany na migdałkach przybrały jeszcze wybitniejszy charakter wrzodziejący. Zupełnie zgodnie z przypuszczeniami wypadł też i wynik badania zaszczepionej dnia wczorajszego hodowli; stwierdzono, że ani na agarze, ani na surowicy niema zupełnie prątków Löfflera, że skąpo znajduje się gronkowiec, zaledwie kilka kolonij paciorkowca.

Stan ogólny dziecka, podobnie jak w dniach poprzednich, zupełnie pomyślny.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic godnego szczególniejszej uwagi. Opisane powyżej zmiany ustępowały dość szybko pod wpływem teraz zastosowanego leczenia tak, że dnia 26 Lutego dziecko, uleczone, opuściło szpital.

Jak widzimy, przypadek nasz jest typowym przykładem dla potwierdzenia wyżej wyrażonych zapatrywań. — A więc liczyć się musimy przy rozróżnianiu błonicy z tem, że nowy ten obraz chorobowy istnieje; pamiętać nam należy, że przybywa jeszcze jedna sprawa chorobowa, mająca z początku pewne podobieństwo do błonicy, a jednak z powodu odmiennej etyologii i innego dalszego przebiegu i zejścia, tak wielce od niej różna. Zasada bowiem, którą się obecnie kierujemy w rozróżnianiu spraw, dawniej ogólnem mianem „dyfteryi" i „krupu" obejmowanych, uległa znacznej zmianie. Podobnie jak wykrycie prątka gruźliczego przyczyniło się do stanowczego wyodrębnienia promienicy, dotychczas za gruźlicę uważanej, tak też, dzięki odkryciu prątka Löflera, wydzieliliśmy najpierw błonicę czystą, t. zw. pierwotną, a dzięki dalszym badaniom i inne obrazy chorobowe. Opuściliśmy dziś w końcu zupełnie pierwotne stanowisko, wskazywane dawniej klinicznemu rozpoznaniu błonicy przez anatomię patologiczną. Podczas bowiem gdy anatom nazywa błonicą sprawę zapalną ze złożeniem wypociny włóknikowej wgłąb tkanki[1]), bez względu na to, czy ta zmiana wywołaną została zadziałaniem tego lub owego drobnoustroju, czy nawet przyszła do skutku pod wpływem bodźców termicznych, czy środków chemicznych, to klinicysta musi zwracać uwagę i na te szczegóły, ściśle je odróżniać, zależnie bowiem

[1]) l. c. str. 436.

[1]) Zwykle dodajemy jeszcze »prawdziwą« lub »pierwotną«, chociaż przyjęło się już powszechnie, że przez błonicę (*diphterie*) rozumiemy właśnie sprawę, polegającą na obecności prątków Löfflera, a inne sprawy nazywać możemy »błonicowatemi« (*diphteroide*).

od etyologii sprawy błoniczej (w anatomicznem znaczeniu tego pojęcia) inaczej rokuje i inaczej leczy.

To stanowisko zajmują wprawdzie klinicyści od dawna; nie znając jeszcze drobnoustrojów ani różnicy etyologicznej między sprawami z udziałem i bez udziału prątka Löfflera, wyróżniali przecież dawno błonicę pierwotną (prawdziwą) od owej postaci, spotykanej w przebiegu płonicy. Dzisiejsze środki pozwalają pójść dalej i pojęcie anatomiczne błonicy rozdzielić na kilka pojęć, na kilka samodzielnych jednostek, znamionujących się samoistną etyologią, swoistymi drobnoustrojami, odrębnym przebiegiem, właściwemi powikłaniami, często swoistem leczeniem.

Nie tu miejsce na szczegółowe rozpatrywanie tych spraw ważnych nie tylko z teoretycznego punktu widzenia, pokrótce więc tylko wspomnę, że przy pomocy nowoczesnych środków badania klinicysta odróżnia:

a) błonicę[1]), polegającą na obecności prątków Klebs-Löfflera, cechującą się klinicznie nalotami barwy szaro-białej aż do brudno-szaro-żółtej, które są jakby nasadzone na bardzo mało zmienioną bladoróżową błonę śluzową. Postać ta przebiega najczęściej bez gorączki, lub przynajmniej bez większych wzniesień gorączkowych, bez bólów przy połykaniu, prowadzi często do powikłań ze strony krtani (błonica krtani, dawniej „krup“), sprowadza czasami porażenia już w okresie ozdrowienia. Niekorzystne zejście następuje w tej postaci albo wskutek mechanicznej przeszkody w oddechaniu (gdy błony zajmą krtań, tchawicę, oskrzela), lub też wskutek porażenia serca, nie mówiąc oczywiście o powikłaniach i chorobach następowych. Jasnem jest, że w danym przypadku przebieg kliniczny zależnym będzie od wielu warunków, przedewszystkiem zaś od ciężkości zakażenia, a w ten sposób powstanie cały szereg obrazów klinicznych, począwszy od postaci lekkich, poronnych, aż do postaci ciężkich, t. zw. posokowatych, które najczęściej polegają już wprawdzie na zakażeniu mięszanem, ale mogą być również wywołane samym prątkiem błoniczym.

b) Zupełnie innym przebiegiem odznacza się sprawa chorobowa, polegająca na obecności paciorkowca; typowym jej przykładem jest sprawa błonicowata, towarzysząca płonicy. Znamionują tę postać wysoka gorączka, duże bóle przy połykaniu, obrzęki a czasem i ropienia gruczołów chłonnych okolicznych, czasami zapalenia tkanki podskórnej szyi. Przy badaniu gardła uderza silne zaczerwienienie i nastrzykanie błony śluzowej; błony wrzekome, najczęściej żółte, stanowią jakby pokład na dnie owrzodzenia. Postać ta prowadzi często do zakażenia ogólnego paciorkowcem, a śmierć nastaje wśród objawów posocznicy.

Rzadziej się przydarzają i mniej dokładnie są opisane sprawy chorobowe: *c)* polegające na obecności gronkowca, *d)* na obecności prątka okrężnicowego (bact. coli commune), odznaczająca się długotrwałym przebiegiem, *e)* opisana przez Jaccouda sprawa chorobowa, wywołana obecnością pneumokoków, przebiegająca z wysoką gorączką, anatomicznie zbliżona do krupu. Jako ostatnią postać uważaćbyśmy musieli opisane powyżej wrzodliwe zapalenie gardła (*angina ulcerosa*).

Na niej kończyłby się dziś ten szereg spraw, którebyśmy nazwać mogli sprawami błonicowatemi czystemi, lub pojedynczemi. Musimy jeszcze zastanowić się nad temi sprawami, w których, obok prątka Löfflera, biorą udział inne drobnoustroje. Już przy zwykłem badaniu bakteryologicznem przypadków pierwotnej błonicy, bardzo często stwierdzić można (zwłaszcza jeśli szczepiliśmy na agarze glicerynowym) obok prątków Löfflera obecność paciorkowców i gronkowców. Wprawdzie obecność tych drobnoustrojów nie zawsze świadczyć musi o czynnym ich udziale w sprawie chorobowej, a znaczenie drobnoustrojów towarzyszących jest dotąd przedmiotem badań i poszukiwań, to jednak nie da się zaprzeczyć, że drobnoustroje te niejednokrotnie biorą udział w rozwoju i przebiegu choroby, — innemi słowy, w pewnych przypadkach przychodzi do skutku zakażenie mięszane. Nie wdając się w dalsze roztrząsanie tej, dotąd będącej przedmiotem sporów sprawy, zaznaczę, że już sam przebieg kliniczny, bez badania bakteryologicznego, pozwala nieraz wnosić, iż w danym razie, obok prątków błoniczych, wchodzą w grę i inne drobnoustroje, i że obraz chorobowy zależnym jest od przewagi jednego z drobnoustrojów.

Dotychczasowe badania wykazały, że najczęściej obok prątka Löfflera znajdują się wymienione drobnoustroje ropotwórcze; obok tych znacznie rzadziej może wchodzić w grę prątek okrężnicowy, *proteus*, wreszcie, jak to już Bernheim wspomina, jego drobnoustroje charakterystyczne dla wrzodliwego zapalenia gardła.

Nasuwa się pytanie, czy podział tego rodzaju potrfia zadowolnić klinicystę, nierozporządzającego pracownią bakteryologiczną? innemi słowy: czy ma on praktyczne zastósowanie? Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy się cofnąć wstecz do czasów, w których rozpoczynano w klinikach bakteryologiczne badania gardła, a prątek Klebs-Löfflera zaczął sobie wywalczać znaczenie. Początkowo, jak to wynika z wielu pierwszych doniesień, zdawało się, a odniosłem sam to wrażenie, kiedy badałem bakteryologicznie (w roku 1894) pierwsze przypadki błonicy, że przyjęcie prątka Löfflera za drobnoustrój swoisty błonicy nie tylko z praktycznego punktu widzenia nie ułatwi zadania lekarza, lecz że przeciwnie, wprowadzi nowe pojęcia, oparte na rozpoznaniu bakteryologicznem i tylko na niem tak, że lekarz, nierozporządzający tymi środkami, nigdy nie zdoła rozpoznać na pewno błonicy. W miarę jednak tego, jak rosła liczba badań bakteryologicznych nabywało się przez porównanie wyniku badania z przebiegiem choroby doświadczenia, a z tem przyszło i przekonanie, że w przeważnej części przypadków badanie bakteryologiczne dla celów rozpoznawczych jest zbyteczne. Jeżeli bowiem wykluczymy rzadko przydarzające się przypadki, pozostanie tylko wyróżnienie błonicy od sprawy błonicowatej, polegającej na obecności paciorkowca, a właśnie między przebiegiem klinicznym tych dwóch spraw zachodzą najwybitniejsze różnice. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w pewnym odsetku przypadków rozpoznanie ścisłe bez badania bakteryologicznego jest niemożliwe, a w tych przypadkach, nasuwających poważne trudności, nie rozporządzając odpowiednią pracownią nie pozostaje nic innego, jak

[1]) Nie wdaję się w streszczanie wyników nowszych badań nad anatomią zapalenia błonicowatego i włóknikowego, z którychby wynikało, że anatomiczne pojęcie obu tych postaci w dawnem jego znaczeniu utrzymać się nie da i powinno uledz pewnym zmianom, sprawa ta bowiem nie jest jeszcze załatwioną i znajduje się w okresie sporów, których przytaczanie zadalekoby nas doprowadziło.

Bliższe szczegóły Lubarsch: *Neueres zur Entzündungslehre.* (*Deutsche med. Wochenschr.* 32. 33. 1898).

wyczekując wskazówek rozpoznawczych z dalszego przebiegu choroby, nie zaniedbać leczenia surowicą, oczywiście jaknajwcześniejszego.

W szczególności w przypadkach wrzodliwego zapalenia gardła *(angina ulcerosa)* z wątpliwem rozpoznaniem, kiedy nie można uciec się do badania bakteryologicznego, zadanie lekarza streszczałoby się w trzech punktach: 1) zwrócić uwagę na znamiona pokładów i ich umiejscowienie; nie zapomnieć o jaknajdokładniejszem zbadaniu jamy ustnej, na której mogą się znaleźć choćby ślady wrzodliwego zapalenia jamy ustnej *(stomatitis ulcerosa)*, która częściej zapewne niż się przypuszcza, towarzyszy zapaleniu gardła wrzodliwemu; 2) nawet w przypadkach zmian błonicowatych, których właściwej przyrody w pierwszej chwili nie można stanowczo określić, oddzielić chorych od zdrowych; 3) zastósować w każdym razie surowicę przeciwbłoniczą, boć zaszkodzić ona nie może, a korzystne działanie jej w przypadkach błonicy prawdziwej nie ulega dziś już chyba żadnej wątpliwości.

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastósowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

(Ciąg dalszy).

Ilość ciałek białych we krwi.

Ciałka białe krwi odgrywają bezsprzecznie w badaniach krwi najważniejsza rolę i stanowią najbardziej zajmujący oddział hematologii. Badaniom Virchowa i Cohnheima przedewszystkiem zawdzięczamy poznanie tych tworów krwi, na których wielkie znaczenie pierwsi ci autorowie baczną zwrócili uwagę. Dalsze badania na tem polu Ehrlicha, Neussera itd. pozwoliły bliżej poznać ten zagadkowy jeszcze dzisiaj składnik krwi, a zarazem przyczyniły się do rozświetlenia nie jednej sprawy niejasnej. Jak wielka rolę ciałka białe w ustroju odgrywają, możemy się przekonać, rozpatrując pod tym względem np. choroby zakaźne. Już sama teorya Metschnikowa, który ciałkom białym przypisuje rolę pożeraczy bakteryj, świadczy dobitnie o ważnej roli ciałek białych. Wprawdzie dalsze badania wykazały, że broń ciałek białych w zakażeniach nie polega na mechanicznem pochłanianiu i pożeraniu bakteryj, ale, jak to Buchner znowu wykazał, na wydzielaniu substancyj, działających bądź wprost zabójczo na bakterye, bądź też antytoksycznych, paraliżujących toksyny, wytworzone przez drobnoustroje. Widzimy więc dalej, że w chorobach, powstałych skutkiem dostania się laseczników do ustroju, spotykamy prawie stale zwiększenie się ilości ciałek białych, które to zwiększenie się odnieść należy do tak zwanego czynnego wpływu wytworów bakteryj na narządy krwiotwórcze (active chemotaxis). Poznanie zmian nie tylko jakościowych, ale i ilościowych, nabiera dla lekarza niepośledniego znaczenia, jest wielkiej wagi czynnikiem, z którego w danym przypadku można postawić rokowanie, oparte na naukowych badaniach.

Ilościowo ciałka białe we krwi ulegać mogą rozmaitym wahaniom. Z jednej strony spotykamy się z zwiększoną ilością ciałek białych we krwi, z drugiej zas w stanach chorobowych ilość tych tworów może być zmniejszoną. Nie biorąc w rachubę niektórych czynników fizyologicznych, o których poniżej będzie mowa, ilość ciałek białych u człowieka zdrowego obliczamy na 6000—10000 w mm^3. krwi, — jak widzimy wahania bardzo wielkie. Już w warunkach fizyologicznych liczba ta ciałek ulega wielkim zmianom, tak, że ilość tworów białych wynosić może 2—3 razy tyle, co w stanie prawidłowym. Zwiększenie się tworów białych ponad 10,000 w mm^3 krwi zowiemy leukocytozą. Przez leukocytozę rozumiemy więc zwiększanie się przejściowe tworów białych we krwi, tak w stosunkach fizyologicznych, jako też i chorobowych. Fizyologiczna leukocytoza, będąca wyrazem zmian chwilowych ustroju w fizyologicznych granicach, występuje podczas trawienia, t. zwana leukocytoza trawienna, w następstwie wytężającej pracy, wśród przebiegu ciąży, a wreszcie po kąpielach zimnych. W badaniach naszych pamiętać należy o tych fizyologicznych leukocytozach i w potrzebie je uwzględnić.

Leukocytoza, występująca w 2 godziny po spożyciu pokarmów, ma dla nas tem ważniejsze znaczenie, że w wątpliwych przypadkach przyczynia się bezpośrednio do rozpoznania raka żołądka. Jest dziś prawie rzeczą pewną, że w raku żołądka prawie że nigdy nie występuje leukocytoza trawienna, gdy przeciwnie w wrzodzie żołądka zawsze stwierdzić się daje. W celu wykazania leukocytozy trawiennej podajemy badanemu choremu 2—4 jaj i szklankę mleka z bułką. W 2 godziny po spożyciu badamy krew. Dobrze jest, by chorzy kilkanaście godzin przed próbą nie spożywali. Próba ta mało bywa u nas praktykowaną, a zasługuje na to, aby w wątpliwych przypadkach była wykonywaną, gdyż wynik dodatni leukocytozy trawiennej jest rozstrzygającym czynnikiem, przemawiającym za wrzodem żołądka. Nie mogę pominąć milczeniem przypadku jaki miałem sposobność spostrzegać.

Pacyent około 34 lat liczący skarżył się na bóle w okolicy żołądka, kwaśne odbijania, stolce zaparte, wymiotów zaś nigdy nie miał. Badaniem stwierdzono niedokrewność, barwa skóry blada, ale nie cechująca dla raka, gruczoły nigdzie nie powiększone, guza w okolicy żołądka wykazać nie można było. Treść żołądkowa wykazywała stosunki prawie prawidłowe; po obiedzie próbnym znachodzono nieco większą kwasotę, niż to bywa w stanie prawidłowym. Kwasu mlekowego nie zauważono. Pacyent nigdy przedtem nie doświadczał przypadów żołądkowych. Na tej podstawie rozpoznawaliśmy nieżyt kwaśny żołądka. Badanie krwi, ze względu na leukocytozę, wykazywało brak leukocytozy trawiennej, przez co nasze rozpoznanie zmieniono na rak żołądka? Po 3 miesiącach pobytu w szpitalu można było wykazać opór w okolicy żołądka, — po 5 miesiącach pacyent umarł, a sekcya wykazała raka żołądka na tylnej jego ścianie.

Zmiany anatomiczne i zachowanie się błony śluzowej żołądka i narządu chłonnego odgrywa ważną rolę w wystąpieniu leukocytozy trawiennej. Zwiększenie się ilości leukocytów, które spotykamy podczas konania (agonale Leukocytose), nie jest w ścisłem słowa znaczeniu leukocytozą, ale raczej polega ono na zmianach w krążeniu krwi, a mianowicie w częściach ciała niżej położonych, z których krew do badań klinicznych zbieramy, przychodzi mechanicznie do nagromadzenia się leukocytów.

Przeważna liczba chorób gorączkowych przebiega wśród zwiększenia się liczby ciałek białych we krwi, czyli, że w przebiegu chorób ostrych spotykamy prawie zawsze leukocytozę, która dla niektórych z nich charakterystycznie i typowo się zachowuje a dla rozpoznania i rokowania nie pośledniie ma znaczenie. I tak:

Z a p a l e n i u p ł u c towarzyszy prawie zawsze znaczna leukocytoza. Brak jej każe spodziewać się przebiegu ciężkiego i często ze śmiertelnym wynikiem. Krótko przed przesileniem leukocytoza nagle znika, lub też liczba ciałek białych bardzo powoli schodzi do prawidłowej. Zwiększenie się leukocytozy, obok spadku gorączki, każe spodziewać się przełomu rzekomego (pseudokrisis). Nagłe zniknięcie leukocytozy wśród jeszcze silnej gorączki zapowiada rychłe przesilenie.

R ó ż a przebiega zawsze ze znaczną leukocytozą, która krótko przed, lub wnet po ustąpieniu gorączki, powraca do stanu prawidłowego.

W b ł o n i c y spotykamy hiperleukocytozę, którą stwierdzić możemy przed pojawieniem się błon, a która po wstrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej jeszcze wybitniej występuje.

W p ł o n i c y zachowuje się leukocytoza nadzwyczaj

charakterystycznie. Zawsze spotykamy w tej chorobie hiperleukocytozę, która po ustąpieniu stanu gorączkowego nawet przez kilka tygodni jeszcze stwierdzić można. Prawdopodobnie, że jak długo toksyny płonicze znajdują się w ustroju, tak długo występuje czynna *haemotaxis*, a więc i tak długo trwa leukocytoza; po wydaleniu się toksyn ustępuje czynnik hemotaktyczny, a z nim także ustępuje i leukocytoza. Zachowanie się to leukocytozy ważnem jest ze względu na rokowanie, gdyż jak długo we krwi trwa leukocytoza, tak długo istnieje niebezpieczeństwo wystąpienie zapalenia nerek.

W zakażeniach ropnych rzadko spotykamy leukocytozę, przeważnie cierpienie to przebiega wśród prawidłowej ilości ciałek białych; u ozdrowieńców natomiast spotykamy znaczną leukocytozę. Pojawienie się więc hiperleukocytozy jest znakiem pomyślnym; nizkie liczby leukocytów każą rokować niepomyślnie.

Gruźlica. Zapalenie gruźlicze ostre, podostre, dalej gruźlica płuc prosówkowa, przebiegają zwyczajnie bez leukocytozy, o fizyologicznej ilości ciałek białych. Ważnem to jest mianowicie dla odróżnienia zapalenia opon mózgowych przyrody gruźliczej od zapalenia na tle innem, a więc od zapalenia opon nagminnego, lub też ropnego. Dwa ostatnie przebiegają wśród wzmożonej ilości ciałek białych we krwi, a w szczególności w zapaleniu ropnem spotykamy się ze znaczną leukocytozą. Leukocytoza w gruźlicy płuc występuje wtedy, kiedy przyszło do zakażenia wtórorzędnego, do wytworzenia się jam, lub też po przebytym krwotoku płucnym, którego następstwem jest pojawienie się leukocytozy przejściowej.

W sprawach zapalnych, połączonych z wypociną, spotykamy zawsze leukocytozę, która w zapaleniach ropnych dosięga bardzo znacznych rozmiarów. Leukocytoza przeważnie trwa tak długo, jak długo daje się stwierdzić gorączka; w przebiegu wypocin otorbionych, przy braku gorączki, nie spotykamy wzmożenia liczby ciałek białych.

W zimnicy, jaka w naszych krajach panuje, nie znajdujemy zwiększenia się liczby ciałek białych, przynajmniej napewno nie możemy nigdy stwierdzić znacznej leukocytozy; w przypadkach zimnicy ciężkiej leukocytoza należy do częstych objawów tej choroby.

W cholerze, w przeważnej liczbie przypadków, spotykamy znaczną leukocytozę, która w okresie zamartwiczym każe rokować niepomyślnie. W przypadkach, przebiegających pomyślnie, spostrzegamy nader szybkie ustąpienie leukocytozy.

Dur brzuszny jest jedną z tych ostrych chorób, wśród których nie przychodzi do wytworzenia się leukocytozy, ale przeciwnie liczba ciałek białych jest znacznie mniejsza, niż w warunkach prawidłowych; pojawia się tak zwana leukopenia i to na koszt leukocytów wielojądrzastych. Leukopenia występuje w przypadkach nie powikłanych; powikłanie z zapaleniem płuc, ropieniem zaznacza się wystąpieniem leukocytozy. W każdym razie pojawienie się leukopenii we krwi jest charakterystycznem dla duru brzusznego i jednym z nadzwyczaj ważnych pomocniczych środków rozpoznawczych.

W przypadkach niepowikłanych odry spotykamy również bardzo znaczną leukopenię, która szczególnie wybitnie występuje na szczycie wysypki i podczas okresu wysypywania. Wystąpienie leukopenii w chorobach zakaźnych tłómaczyć sobie można z jednej strony rozpadem ciałek białych w bardzo małym stopniu, z drugiej zaś małym dopływem ciałek białych do krwiobiegu i działaniem ujemnie-chemotaktycznem wytworów bakteryj, wywołujących te choroby.

Jak z powyższego zestawienia widzimy, zachowanie się liczby ciałek białych jest dla niektórych chorób ostrych nadzwyczaj charakterystyczne, jak np. zachowanie się ciałek białych w durze brzusznym pozwala go odróżnić od innych chorób zakaźnych, odrę od płonicy; z drugiej strony, na podstawie liczby ciałek białych rokowanie nasze staje się pewniejsze, n. p. brak leukocytozy w zapaleniu płuc zwiastuje rokowanie niepomyślne. Dalej, np. widzimy, że przy pomocy badania krwi możemy rozróżnić zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ropne od gruźliczego, gdyż w pierwszym przypadku znajdujemy znaczną leukocytozę, w drugim zaś brak jej. Wogóle zauważyć się daje, że sprawy przyrody gruźliczej przebiegają bez zwiększenia się liczby ciałek białych, o ile takowe nie są powikłane zapaleniem innego rodzaju i łatwo badaniem krwi wykazać się dają. Ostre zapalenie oskrzeli okazywać będzie we krwi znaczną leukocytozę, gruźlica prosówkowa — przeciwnie, przebiega przy fizyologicznej liczbie ciałek białych we krwi.

Mniejsze znaczenie ma leukocytoza, pojawiająca się w przypadkach zatrucia rozmaitymi środkami, w których obok znacznego zniszczenia ciałek czerwonych przychodzi do wytwarzania się leukocytozy. Do takich trucizn należą: chloran potasowy, fenacetyna, przetwory arsenu, sulfonal i długotrwała narkoza. Badanie krwi w ostrych tych zatruciach nie jest jeszcze dokładnie zbadane i wyjaśnione; dlatego też wielkiego praktycznego znaczenia niema.

W przypadkach nowotworów złośliwych, jak rak i mięsak, pojawiająca się leukocytoza może dać pewne wskazówki rozpoznawcze i wpłynąć na rokowanie. Raki przebiegają przeważnie bez zwiększenia się liczby ciałek białych; jeżeli jednak wśród spostrzegania znajdziemy leukocytozę, to pojawienie się jej odnieść należy albo do krwotoków, które skutkiem nowotworu powstać mogły, a więc będziemy mieli leukocytozę pokrwotoczną, lub też w samym nowotworze wystąpiły objawy rozpadu, albo też nastąpiły wtórorzędne zakażenia, a wytwory tych procesów dodatnio działają na narządy krwiotwórcze i ztąd powstaje leukocytoza. W przypadkach mięsaków stwierdzamy we krwi prawie zawsze znaczną leukocytozę, która po usunięciu nowotworów znika, jeżeli nowotwór wolny był od przerzutów.

W końcu wspomnieć należy białaczkę. Jeżeli przez leukocytozę rozumieliśmy przejściowe zwiększenie się liczby ciałek białych, to w białaczce (leukaemia) pod wpływem prawdopodobnie swoistych trucizn przychodzi do trwałego, ciągłego wzmożenia się liczby ciałek białych. W wybitnych przypadkach białaczki już z wejrzenia preparatów krwi świeżej rozpoznać możemy tę chorobę, a mianowicie już na pierwszy rzut oka całe pole widzenia jest jakby zasiane ciałkami białemi. W przypadkach początkowych, niejasnych, trudno z krwi świeżej postawić rozpoznanie, a mianowicie idzie tu o to, by nie pomięszać innych chorób z leukocytozą. W przypadkach takich nie wystarcza samo liczenie ciałek białych, lub oznaczanie stosunku ciałek białych do ciałek czerwonych, ale uciec się nam należy do preparatów suszonych krwi, których obraz pozwoli nam z całą dokładnością białaczkę rozpoznać. Ilość bowiem ciałek białych, jak i stosunek ich do ciałek czerwonych jednako się przedstawiać może, tak w leukocytozie, jak też i w białaczce. Jak wszędzie tak i tutaj pamiętać nam należy, że z jednego objawu nie należy nigdy stawiać rozpoznania i że im więcej objawów znajdziemy, przemawiających za pewnem cierpieniem, tem rozpoznanie staje się pewniejszem.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

(Dokończenie).

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“. Z. 140, 141).*

Jeśli uraz wywołał obfity krwotok z narzadu słuchowego przedtem zupełnie zdrowego, to oczywiście musiało mieć miejsce uszkodzenie silniejsze, a stósownie też do tego będzie i orzeczenie opiewało. Jest jednak rzeczą możebną, że możemy mieć do czynienia z urazem ucha już poprzednio chorego i do krwotoków skłonnego, jak to np. ma miejsce przy próchnicy kości skroniowej z odsłoniętemi i nadżartemi naczyniami itp., gdzie wskutek urazu przyszło do pęknięcia jakiegoś większego naczynia i następowo do zna-

cznego i nawet śmiertelnego krwotoku, pomimo, iż uraz żadnego innego uszkodzenia w uchu nie wywołał. Dalej u osób z pewnemi, powyżej wymienionemi chorobami, może przyjść nadto wskutek wstrząśnienia, upadnięcia itp., do znacznych krwotoków z ucha, bez szczególnych obrażeń. W takich przypadkach musimy w orzeczeniu uwzględnić przyrodę i stopień przedtem istniejącej choroby ogólnej, lub usznej i naturalnie rodzaj urazu, obok następstw, spowodowanych bezpośrednio przez krwotok. Krwotoki wywołane urazem u osób zdrowych, bez wyraźnych uszkodzeń, mogą być tylko nieznaczne i stanowią co najwyżej tylko lekkie uszkodzenia ciała. Trzeba jednak przytem mieć na względzie, czy uraz nie został przypadkiem zadany w taki sposób i takiem narzędziem, które zazwyczaj bywają połączone z niebezpieczeństwem dla życia przez skrwawienie się, jak to np. ma miejsce przy wepchnięciu siłą ostrego narzędzia w ucho. Jeżeli zranienie, prócz krwotoku, pociąga za sobą następowo jeszcze inne choroby, jak np. ropne zapalenie błony, lub jamy bębenkowej, błon mózgowych, cierpienie nerwu słuchowego, zapalenie mózgu itd., to i orzeczenie musi być dodatkowo zmienione, stósownie do znaczenia choroby następowej.

Co się tyczy zapobiegania, to trzeba nadmienić, iż osoby, cierpiące na krwotoki uszne natury nerwowej, lub obarczone chorobami usposobiającemi do takich krwotoków, muszą się wystrzegać wszelkich wstrząśnień i takich powodów, które według doświadczenia mogą stanowić *causa efficiens*, zatem powinny mieć zawsze w uchu tampon z waty, a przytem chorobę pierwotną poddać stósownemu leczeniu. Chorych tego rodzaju powinno się w każdym razie pouczyć, jak się w pierwszej chwili przy krwotoku zachować mają. Przy leczeniu choroby usznej powinno się zawsze trzymać tej zasady: *Chirurgus mente prius et oculo agat quam manu armata.* Dotyczy to w szczególności leczenia ciał obcych w uchu, do wydobycia których powinno się użyć narzędzi tylko w wyjątkowych przypadkach. Zabiegi przedwczesne i nierozmyślne zaszkodziły tu już nieraz. Jeżeli mamy wskazanie do wykonania nakłócia błony bębenkowej, to powinniśmy zawsze uwzględnić, czy niema jakich zboczeń krzywiczych w zakresie budowy kostnej, względnie czy niema nieprawidłowego zabarwienia w tylnym górnym odcinku błony bęb., a w razie podejrzanego wpuklenia żyły szyjnej, ostrożnie należy usunąć to miejsce, by go nie uszkodzić.

Przy przecięciu czyraka w zewnętrznym przewodzie usznym nie wolno zapomnieć o możebnem pomięszaniu tego cierpienia z tętniakiem.

L e c z e n i e musi uwzględnić w pierwszym rzędzie stopień krwotoku. Jeżeli krwotok jest nagły, obfity i groźny, to bez względu na jego przyczynę, musimy się starać przedewszystkiem zatamować go; a najlepszym środkiem ku temu jest mocna tamponada przewodu zewnętrznego. Tamponadę tę wykonuje się gazą jodoformową, umaczaną w słabym roztworze sześciochlorku żelaza, lub silniejszym rozczynie feropyryny. Czasem zachodzi potrzeba wypełnić cały przewód uszny tamponami i nadto jeszcze wywierać przez jakiś czas ucisk palcami. Jeżeli krew przez tampon przecieka, to trzeba go zmienić, względnie zastąpić tamponem z waty żelazistej lub *Pinghwar Djambi*. Jeżeli i to nie wystarcza do zatamowania krwotoku, jeżeli mianowicie tampony zostają wypchnięte, lub gdy krew spływa do gardła przez trąbkę Eustachiusza, natenczas należy przystąpić do podwiązania tętnicy szyjnej i to lepiej i pewniej tętnicy szyjnej wspólnej. Jednak wskazanie do takiego podwiązania zachodzi dopiero wtedy, gdy krwawienie jest tętnicze i jeżeli poprzednio się przekonano, że ucisk na tę tętnicę wpływa korzystnie na krwawienie. Po udanem zatrzymaniu krwawienia, należy tampon pozostawić kilka dni na swojem miejscu. Potem należy go zmaczać i ostrożnie usunąć gdzie tego konieczność wymaga; wykonać to nie za jednym razem, lecz w kilku zabiegach, poczem ucho przepłókać letnim rozczynem, ściągającym i odrażającym.

W lżejszych krwawieniach powinno się przedewszystkiem ucho oczyścić i poddać dokładnemu zbadaniu pod względem przyczyny i pochodzenia krwawienia. Na podstawie zasady: *cessante causa, cessat effectus,* należy się starać w pierwszym rzędzie usunąć przyczynę. Gdzie przyczynę stanowią małe zranienia, wystarczy po największej części przestrzykać ucho 2—5% rozczynem kwasu borowego, soli kuchennej, hałunu, lub wkroplić kilka kropel 10% rozczynu sześciochlorku żelaza, a jeszcze pewniej wypełnić głębsze broczące części ucha pęczkiem waty, zmaczanej w chlorku żelaza. Zazwyczaj jednak wystarcza tu samo przestrzyknięcie i lekki tampon z waty. Przy uszkodzeniu większego naczynia wystarcza ściślejsze kilkodniowe tamponowanie przewodu ucha zewnętrznego. Ciało obce w uchu, jako przyczynę krwawienia, należy wydobyć. Jeżeli nie można go usunąć samem przestrzykiwaniem, a krwawienie nie ustępuje, powinno się uciec do wydobycia drogą operacyjną, to jest przez oddzielenie małżowiny i błoniastego przewodu ucha zewnętrznego. Krwawienia, powstające wskutek zabiegów chirurgicznych w uchu, są, pomijając rzadkie osobliwe przypadki, zazwyczaj nieznaczne i ustają szybko po przestrzyknięciu i wytamponowaniu.

Krwawienia uszne, będące następstwem spraw chorobowych w uchu, wymagają stosownego leczenia tych ostatnich. Ukleje, ziarniny, nowotwory należy usunąć, lub przyżegać azotanem srebrowym, kwasem chromowym, galwanokauterem itp., poczem krwawienie prędko ustąpi. Wolne martwiaki należy oddalić. Krwawienia wskutek spraw zapalnych ostrych w jamie bęb., błony bęb., przewodu zewnętrznego, są przeważnie również mało znaczące i łatwe do opanowania przez wytamponowanie. To samo się tyczy krwawień z ucha, powstałych skutkiem przebicia ropni sąsiednich w przewód ucha zewnętrznego. Po przebiciu do ucha nowotworów, obfitujących w naczynia, wskazanem jest prócz tamponowania wywarcie na nie ucisku z zewnątrz, przyżeganie krwawiącego miejsca galwanokauterem, albo podwiązanie naczynia krwionośnego.

Skoro mimo dokładnego zbadania nie można odnaleźć przyczyny krwawienia w uchu, a więc takowa tkwi w innej jakiejś chorobie, np. zaburzeniach w krążeniu, zboczeniach ustrojowych, usposobieniu neuropatycznem itp., wówczas krwawienie jest zwykle tak nieznaczne, że nie wymaga szczególnego leczenia. Jeżeli krwawienia powtarzają się często z tych ostatnich przyczyn, chory powinien zawsze nosić w uchu tampon z waty. Natomiast należy się starać tym broczeniom zapobiegać przez uwzględnianie chorób przyczynowych, jak wady sercowe, koklusz itd., a to przez podawanie przetworów żelazistych, połączeń bromowych, przez poprawienie stosunków odżywczych i higienicznych chorego i jak już wspomnieliśmy, przez staranne unikanie wszelkich powodów, które według doświadczenia zdolne są sprowadzić krwawienia uszne.

Wewnętrznie można w takich przypadkach polecać *Extr. fluid. hydrastis canad.* samo, lub w połączeniu z ergotyną. W krwawieniach zastępczych, histerycznych należy uciec się do wielkich dawek bromu i wstrzykiwań pilokarpiny. Miejscowo korzystnie działają wkraplania zgęszczonego kwasu borowego i letniego wyskoku.

(Sprawozdanie własne).

V. Wyciągi.

W. R o g e r W i l l i a m s. **O wpływie innych chorób na raka.** *(Medicin. chir. Ctblt.* 43. 1898*).* Przypuszczany przez niektórych badaczy wpływ rozmaitych chorób, zwłaszcza zakaźnych, na powstawanie i rozwój raka, usiłował autor zbadać zapomocą poszukiwań statystycznych. Z 395 przypadków raka sutka, w 40, t.j. 10%, pojawiła się róża; ze 173 innych chorych chirurgicznych dostało róży tylko 4·5%, co zaprzecza twierdzeniu Lambottea i innych, że róża rzadko się zdarza u dotkniętych rakiem i naodwrót, i że dwie te

choroby, stwarzając jakoby pewną odporność, wzajemnie się poniekąd wykluczają. Podobny wynik dała statystyka spraw ropnych (w raku 18%, w innych chorobach 16%.) Natomiast przypuszcza autor, również na zasadzie danych statystycznych, że osobniki, dotknięte szczególnym rodzajem zwyrodnienia ustroju, usposabiającym do gruźlicy, łatwiej dostają raka w późniejszym okresie życia, jeśli zakażenie gruźlicze przeżyć zdołają. *C.*

Bail: **Substancye chroniące od zakażenia gronkowcami.** (*Berl. kl. Woch.* 42. 1898). Doświadczalnie stwierdzono już prawie na pewno szczególne pokrewieństwo jadów tężca do tkanki nerwowej i ochronne działanie tej tkanki przeciw jadowi tężca. Podobne wyniki dały doświadczenia z innymi jadami i innemi tkankami ustroju. — Wykonano też szereg badań, odnoszących się do wpływu ochronnego pewnych tkanek już nie przeciw jadom, wytwarzanym przez drobnoustroje, ale przeciw samym, żyjącym drobnoustrojom. Okazało się, że ciałka białe wobec wielu drobnoustrojów (cholera, dur, róża świńska, błonica) nie odgrywają żadnej swoistej roli. Z badań swoich nad zakażeniem gronkowcami wysnuwa B. wniosek, że jady tych drobnoustrojów łączy swoisty stosunek właśnie z substancyami ochronnemi, zawartemi w leukocytach. *C.*

Dr. Karol Tinus: **O niedokrewności górników** („Bergsucht", Cachexia montana) **i Ankylostomiasis** (*Österr. Sanitätswesen*, Nr. 42. 1898). — Autor wzywa lekarzy robotników górniczych, tunelowych, cegielnianych i t. p. do ścisłego badania chorych, zgłaszających się o poradę z objawami błednicy i niedokrewności, czy u nich nie da się wykazać, jako przyczyna cierpienia, *Dochmius s. Strongylus duodenalis s. Ankylostomum duodenale.* Już bowiem od roku 1870 donoszą w swych sprawozdaniach lekarze górników do ministerstwa rolnictwa o pojedynczych przypadkach lub nawet małych epidemiach tej niedokrewności górników, bez wykazania innych przyczyn cierpienia, jak praca w szybach źle odwietrzanych, wilgotnych, w których gnijące kawałki drzewa i wilgoć ziemi zanieczyszczają powietrze. Objawami klinicznymi tej choroby są: bladość błon śluzowych, i powłok skórnych z odcieniem żółtawym, często ziemistym, buczenie nad żyłami szyjnemi, szum w uszach trudności w oddychaniu, ciężkość w nogach, ciśnienie w okolicy żołądka, brak łaknienia, biegunki, — później cera prawie trupia, obrzęk powiek, stóp, rozszerzenie serca, — wreszcie puchlina ogólna, a czasem i śmierć wśród objawów wycieńczenia ogólnego. —

Zarówno te objawy, jak przytoczone wyżej przyczyny tej choroby, wykazują nadzwyczajne podobieństwo do choroby, wywołanej przez *Dochmius duodenalis*, a znanej już od roku 1859., szczególnie w krajach strefy cieplejszej, a w ostatnich czasach dokładnie opisanej w dziele zbiorowem Nothnagla (Patologia i Terapia szczegółowa) w dziale pasorzytów ludzkich, obrobionym przez Moslera i Peipera. Chodziłoby przeto o sprawdzenie, czy i tej choroby górników nie wywołuje *Dochmius duodenalis*, przez co stwierdzonoby tożsamość przyczyn w obu tych chorobach, a przez to ułatwiono zarówno leczenie tej niedokrewności górników, jak i zapobieganie tej chorobie, o którem autor w swej rozprawie parę wskazówek podaje. — *J. G.*

Achard: **Durowe zapalenie opłucnej,** (*Semaine médicale*, Nr. 52, 1898 r.). Oddawna znane są przypadki zapalenia opłucnej wśród przebiegu duru; uważano jednak to powikłanie za chorobę niezależną, mającą swe przyczyny specyalne, niezależne od duru. Zaprzeczyć nie można, że zdarzają się przypadki zapalenia opłucnej w przebiegu duru, mające swe źródło poza zakażeniem durowem; istnieją atoli również przypadki zapalenia opłucnej, spowodowane wyłącznie przez lasecznik Ebertha. Pierwszy przypadek tego rodzaju opisał Fernet w r. 1891. Od tego czasu spostrzegano ich więcej. Ten rodzaj zapalenia opłucnej przedstawia się rozmaicie. Wysięk bywa to surowiczo-włóknikowy, to krwawy, to znów ropny i w rozmaitej ilości. Występuje on już to w początku gorączki durowej, poprzedzając czasem inne jej objawy, już to w pełnym jej rozwoju. Autor przytacza 2 nowe spostrzeżenia. W pierwszym przypadku, mężczyzna lat 26, dotknięty durem uległ w 8-mym dniu choroby zapaleniu opłucnej. W ciągu miesiąca dokonano 4 punkcye próbne; wysięk, jakkolwiek nie obfity, długo nie ustępował. Przy 3-ch pierwszych punkcyach otrzymano płyn mętny surowiczy, a nawet surowiczo-krwawy, bogaty w ciałka krwi białe i czerwone; lasecznik Ebertha znajdował się tam w stanie czystym. Ostatnia punkcya dała płyn bardziej przeźroczysty, bez ciałek krwi i zupełnie jałowy. Ropienia nie było, chory wyzdrowiał. W drugim przypadku, u dziewczyny 20 letniej, stwierdzono wysięk już w okresie przełomowym gorączki. Punkcya próbna dała płyn szczero krwawy. Po tygodniu, gdy ciepłota znowu zaczęła się podnosić, wykonano drugą punkcyę i otrzymano płyn barwy czekoladowej, zawierający dużo ciałek krwi, oraz nieco laseczników Ebertha. W kilka dni potem nowa punkcya dała ujście płynowi zielonawemu, ropnemu. Wskazanem tu było wycięcie kawałka żebra; ze względu jednak na zły stan ogólny chorej, postanowiono czekać, aż się siły nieco poprawią. Po paru tygodniach znowu wykonano punkcyę i otrzymano litr ropy, która dała czystą hodowlę laseczników Ebertha. Gdy po upływie jeszcze 2 tygodni poprawa w stanie ogólnym chorej nie następowała, postanowiono dłużej już nie czekać i wykonano resekcyę żebra, przyczem wypuszczono obfitą ilość ropy i założono sączek. Od tej pory chora zaczęła się czuć lepiej i po paru miesiącach opuściła szpital w dobrym stanie. Niejako cechą durowego zapalenia opłucnej jest to, że nie przedstawia ono w rozwoju swym tak ostrego przebiegu, jak inne rodzaje ropnego zapalenia opłucnej. Ciekawem było w powyżej przytoczonych przypadkach badanie zjawiska aglutynacyi laseczników Ebertha: w pierwszym z przytoczonych przypadków surowica krwi wywoływała aglutynacyę laseczników w rozcieńczeniu do $^1/_{10}$, podczas gdy wysięk opłucnej w rozcieńczeniu do $^1/_{100}$, czyli działał 10 razy silniej niż krew. Następnie siła aglutynacyjna krwi wzrastała tak, iż pod koniec choroby zrównała się prawie sile wysięku. Wielce zajmującą była ta okoliczność, że wysięk ów był w silnym stopniu bakteryobójczym. Co się zaś tyczy drugiego przypadku, to krew działała aglutynująco na laseczniki w rozcieńczeniu do $^1/_{100}$, nawet wtedy jeszcze, gdy cała chorobaześrodkowała się w opłucnej, a zakażenie ogólne minęło. Co się tyczy leczenia tego rodzaju zapalenia opłucnej, to nic specyalnego niema tu do zaznaczenia. Operacya jest konieczną w przypadkach wysięku ropnego, nie należy się wszakże z nią spieszyć, a zwlekać o ile możności, aż do chwili, w której stan ogólny chorego się poprawi i miną objawy ogólnego zakażenia. — *W. Kania.*

P. Noguès. **O skurczu cewki moczowej,** (*Journ d. prat.* Nr. 29. 1898). Skurcz cewki bywa często tak wybitną przeszkodą przy cewnikowaniu, że powoduje pomyłkę w rozpoznaniu. Skurcz ten powstaje nie w całej cewce, a w jej części błoniastej, która jest niejako przedłużeniem warstwy mięśniowej pęcherza. Dlatego spotyka się przeważnie w zapaleniach pęcherza, kamieniach pęcherza, lub miedniczek nerkowych, szczególnie zaś podczas i po kolce nerkowej. Jedną z najwybitniejszych cech skurczu jest to, że przy wprowadzaniu cewnika metalowego ustępuje, co odróżnia go od zwężenia cewki; dlatego autor nie uznaje t. zw. zwężenia skurczowego. Skurczu nie usuwa uśpienie chloroformowe, a rzadko kokaina, którą N. wstrzykuje do cewki w rozcz. 1 : 400) w ilości 20 ctm.³, aby przedostała się aż do części błoniastej. To też zwykle tylko wtedy opór skurczu przezwyciężyć się daje, gdy cewnikujemy ostrożnie, cewnikiem metalowym, z zachowaniem zalecanych przy tym zabiegu przepisów. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 19 Października 1893 r.
Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych członków 27.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Prezes zawiadamia, iż składka zarządzona między członkami Towarzystwa na szkoły im. Mickiewicza przyniosła 32 złr., które odesłano do zarządu Tow. Szkoły ludowej.

II. Kol. Doc. Bossowski przedstawił dziewczynkę 7-letnią po dokonanej laparotomii z powodu przewlekłej przeszkody w drożności jelita grubego. Tak opiewało rozpoznanie przedoperacyjne, które zasadzało się:

1) na wzdęciu silnem brzucha, odpowiedniо do przebiegu jelita grubego, tak, że obwód brzucha przez pępek wynosił 72 ctm. (podczas gdy prawidłowo wynosi w tym wieku u dzieci 50-52 ctm.); 2) na ruchach przeciwrobaczkowych przebiegających wzdłuż rozdętego jelita grubego; 3) na przewlekłem zaparciu stolca, którego częstokroć nie można było pokonać, nawet silnymi środkami drastycznymi.

Podczas operacyi pokazało się, że przeszkodą w drożności jelita grubego było nadmiernie rozwinięte zgięcie esowate, którego długa krezka sprzyjała skręcaniu się jelita do tego stopnia, że, nie wywołując jeszcze zaburzeń w krążeniu krwi, powstawało utrudnienie przechodzenia kału.

Po wycięciu klina z krezki, odcięto całą pętlę jelita esowatego w długości 60 ctm., co wobec tego, że całe jelito grube u dzieci mierzy nieco więcej niż jeden metr, wskazuje najlepiej, jak niezwykle długą była w tym przypadku pętla esowata.

Badanie anatomo-patologiczne wyciętego kawałka wykazało znaczny przerost warstwy mięśniowej jelita, tak zw. przerost roboczy, wywiązujący się w następstwie przeszkody, którą napotyka przechodzenie kału.

Przebieg pooperacyjny u operowanego dziecka odbył się zupełnie prawidłowo: utrzymująca się jeszcze zrazu gnuśność jelita, która wymagała podawania środków przeczyszczających, ustąpiła w dalszym ciągu zupełnie tak, że obecnie dziecko oddaje codziennie stolec prawidłowy.

Obwód brzucha przez pępek mierzy obecnie 54 ctm.

III. Kol. Doc. Bossowski okazał torbiel wielokomorowy, liczący pojemności 5 lit. cieczy, który wydobył z jamy brzusznej chłopca $3^1/_2$ letniego. Guz wypełniał całą jamę brzucha i sięgał w okolicę trzonu krezkowego (radix mesenterii), gdzie zachodził w zrosty z jelitem cienkiem.

Szypułę, lejkowato zwężającą się ku kręgosłupowi, podwiązano i odcięto. Treścią torbiela był płyn ciemno-brunatny, bez osobliwych składników chemicznych. Badanie drobnowidowe ściany torbiela jeszcze nie ukończone.

Operowany chłopiec opuścił szpital w dwa tygodnie po operacyi.

IV. Kol. Doc. Bossowski przedstawił chłopca 7-letniego, u którego przed tygodniem, po wydobyciu odsłoju, zajmującego całą grubość kości goleniowej i po oczyszczeniu jamy w kości, naciągnął skórę od brzegów rany i przymocował ją do dna jamy kostnej zapomocą ćwieków stalowych. Brzegi skórne, jak widać po zdjęciu opatrunku, zlepione są ze sobą dokładnie, a oprócz lekkiego obrzmienia i zaczerwienienia około ćwieków, stan rzeczy jest zupełnie pomyślny tak, że przypuścić wolno, iż operowany za tydzień, a więc w dwa tygodnie po sekwestrotomii opuści szpital wyleczony.

Kol. Bossowski wykazuje zalety tego sposobu pokrywania ubytków w kości i podnosząc jego prostotę, sądzi, że okaże się równie użytecznym w przypadkach innych, gdzie chodzi o pokrycie skórą głębokich jam kostnych.

V. Kol. Trzebicky przedstawił dwa nowe przyrządy do znieczulania anestylem (mięszanina chloretylu i chlormetylu).

VI. Kol. Nartowski wygłosił odczyt: »O morfo- i biologii komórki nerwowej«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Xawery Gorski,
sekretarz doroczny.

VII. Przyczynek do stosowania zabiegów wodoleczniczych.

Po za obrębem specyalnie urządzonego zakładu wodoleczniczego przychodzi nieraz lekarzowi i w praktyce lekarskiej stosować zabiegi wodolecznicze. W tym też celu postanowiłem poczynić niektóre uwagi, dotyczące praktyki wodoleczniczej i zaproponować pewne zmiany w dotychczas przyjętych, a często niestety zbyt szablonowo polecanych, tak zw. „manipulacyach“. Zastrzegam się jednak z góry, iż nie uważam wcale niektórych z tych zalecanych modyfikacyj za coś absolutnie nowego; nie mając pod ręką odpowiedniej literatury wodoleczniczej, nie mogę stwierdzić, czy zalecane przeze mnie ulepszenia są w istocie nowym pomysłem. Mimochodem wspomnę także o pewnych, mniej znanych praktycznym lekarzom wskazaniach wodoleczniczych.

I. Nacierania zastosowuje się w przeróżnych cierpieniach, mając — ogólnie powiedziawszy — na celu odwrócenie prądu krwi od miejsca, gdzie ta krew zbyt wolno krąży, gdzie przeto istnieje przekrwienie. Przykład najlepiej to wyjaśni: przy zastoju w układzie żylnym, np. w rozedmie płuc, przychodzi do nieżytów i niedowładów przewodu pokarmowego, zwalczanych nieraz bezskutecznie wodami mineralnemi, lub przetworami aptecznymi. Zastosowanie umiejętne i racyonalne nacierania mokrem prześcieradłem doprowadza najprędzej do celu, zmniejszając takie przykre dla pacyenta objawy, jak: zaparcie stolca, uczucie nawału krwi itd.

W początkach i w przebiegu gruźlicy już rozwiniętej stosujemy także nacierania, a to w celu 1) uodpornienia ustroju i tu używa się nacierań częściowych obojętnych, t. j. zwykłą wodą; 2) obniżenia ciepłoty i wzmocnienia czynności serca itd. W tych przypadkach uciekamy się do nacierań zupełnych, t. j. całego ciała, różnemi mięszaninami, np. wyskoku z terpentyną, wyskoku z mentolem itd.

Przy nacieraniu częściowem klatki piersiowej i grzbietu, w przypadkach gruźlicy, używa się często kawałka płótna, nieszczelnie przylegającego do ciała, zwijającego się przy wycieraniu, lub wyciera się końcem zamaczanego ręcznika, co jest wprost błędnem, a nawet szkodliwem. Ja stosuję od niedawnego czasu rodzaj kamizelki z grubego płótna, zaopatrzonej w miarę potrzeby i w rękawy, zapiętej pod szyją na jeden, mocno przyszyty guzik. Macza się taką kamizelkę w odpowiedniej ciepłoty wodzie, wyżymą, nakłada na chorego, zapina pod szyją, i wyciera grzbiet i plecy płasko ułożonemi dłońmi w przeciągu 15—20-tu sekund. Ma się rozumieć, iż kamizelka ta musi być odpowiednio szeroka i długą; tu dokładna miara nie zawadzi. Podobnego rodzaju — że tak powiem — częściowe „ubrania wodolecznicze“, np. na kończyny, nietrudno każdemu lekarzowi wymyśleć.

II. Opaska brzuszna — stosuje się na: 1) mokro i 2) sucho. Mokrej opaski używamy pod dwiema postaciami: opaski a) wysychającej i b) rozgrzewającej. Brzuszną opaskę mokrą stosujemy w cierpieniach powłok brzusznych[1]) i trzew całej jamy brzusznej.

Wieleby to mi miejsca zajęło, gdybym usiłował opisać, jak szablonowo, bez podstawy i wskazań stosują się te opaski. Nieraz na tem właśnie polu spotyka się bezkrytyczne ordynowanie, któregoby ś. p. Kneipp się nie powstydził! Nie pora jednak i nie miejsce na krytykę, więc wróćmy do spraw czysto rzeczowych. Wskazania, jaką opaskę, czy wysychającą, czy rozgrzewającą w danym przypadku należy stosować, nie są jeszcze ściśle ustalone, i nic dziwnego; tu specyalne upodobanie ordynującego lekarza i inne warunki, np. pozostawienie pacyenta, zależnie od przypadku, w jednostajnej ciepłocie łóżka, odpowiednie przepisy higieniczno-dyetetyczne, troskliwa opieka rodziny itp. współdziałają z leczeniem w tak wysokim stopniu, czy to aptecznem, czy wodoleczniczem, iż niewiadomo, na karb którego czynnika

[1]) np. przeczulica nerwowa powłok brzusznych.

leczniczego włożyć należy pomyślny przebieg cierpienia i można twierdzić, iż każdemu z tych czynników jakaś cząstka przypada w udziale. Z zasady większym jestem zwolennikiem opaski mokrej rozgrzewającej, a to z następujących przyczyn: 1) jednostajne i równomierne działanie ciepła, wytwarzającego się pod ceratką, lub batystem Billrotha; 2) możność utrzymania ciepłoty narastającej *crescendo*, przez czas dłuższy; 3) chory, opasany opaską rozgrzewającą, jest w małym tylko stopniu krępowanym w zajęciach swych: może wyjść poza obręb domu, brzuch jego nie jest narażony na zmienne działanie wpływów atmosferycznych, np. wiatru, wilgoci powietrza i t. p. Tych zalet opaska wysychająca, t. j. opaska bez warstwy izolacyjnej, nie posiada, szczególniej stosuje się to do punktu (3). W danych, ale rzadkich przypadkach, używam i opaski wysychającej i to przeważnie u takiego pacyenta, który w łóżku czas swój przepędza; niechętnie zaś stosuję ją u pacyenta, wykonującego swe stałe zajęcia po za obrębem domu. Bardzo ważnem jest założenie samej opaski. Tu, niestety, robi się błędów bez liku. Ja używam opaski według następującej miary: ma ona wynosić na długość 4—5 obwodów w pasie chorego, a szerokość jej, zależnie od przypadku, naturalnie jest różną. Koniec opaski, przypadający na pokrycie skóry brzucha, maczam w wodzie o odpowiedniej ciepłocie, ale tylko w rozmiarach brzucha samego: za większy błąd uważam okręcenie całego obwodu ciała mokrem płótnem: do następstw tego nieoględnego zalecania zaliczyć należy podniecenie chuci płciowej, a nawet nocne pomazania, co ustaje po usunięciu opaski okrężnej. Wiadomą rzeczą, iż nawet przegotowana i przesączona woda wywołuje u niektórych chorych wyprysk skóry: różnica zaś wielka, czy ten wyprysk powstanie na skórze brzucha, czy grzbietu; w ostatnim razie cierpi chory prawdziwe katusze, gdyż trudno mu spocząć, a ubranie więcej mu dokucza, sprawiając szereg podmiotowych dolegliwości, które chyba zaufania do leczenia wodą nie zwiększają: z ewentualnością powstania wyprysku zawsze liczyć się należy.

Pewną uwagę poświęcić trzeba ułożeniu i umocowaniu opaski. Ze względu na niejednakowość rozmiarów brzucha, szerokość i długość opaski musi być dopasowana do osobnika: o ile założenie opaski na brzuch wielki jest łatwe, o tyle trudniej jest z pacyentem szczupłym, gdyż u tego ostatniego opaska albo luzuje się, albo nie przystaje, wskutek czego chory cierpi na dreszcze, a nawet pojawić się mogą zaburzenia kiszkowe itp. Znany mi przypadek, że lekarz usunął skarżącemu się takiemu choremu opaskę, orzekając, że jest dla niego nieodpowiednią: pozwoliłem sobie poradzić temu pacyentowi, w oczach którego opaska była zdyskredytowaną, aby podłożył cienkiego „jaśka“, nb. z pierza, pod ostatni zwój opaski i — zaufanie do wodolecznictwa wróciło; w innym przypadku zastosowałem odpowiednio gruby pokład flaneli, a wynik był taki sam, jak u poprzedniego chorego. Odstawaniu opaski od ciała zapobiedz można przez umiejętne jej przymocowanie. Dotychczas są jeszcze gęsto i często w używaniu opaski, przy których przyszywa się podwójnie złożoną tasiemkę w samym środku brzegu opaski, stanowiącego ostatnią, t. j. zewnętrzną, warstwę bandażu; nic dziwnego, że taka opaska, tylko w środku samym ustalona, po obu brzegach, od góry i dołu od brzucha odstaje. Skoro się zaś poleci choremu, by kazał przyszyć dwie podwójne tasiemki, jedną w górnym, drugą zaś w dolnym końcu poprzecznego wolnego końca opaski, wtedy i umocowanie jej zadowolni lekarza i pacyenta.

Ponieważ wspomniałem o opasce suchej, więc i jej poświęcę kilka słów, bo chociaż nie należy ściśle do wodolecznictwa, zastosowanie jej może przydać się praktykującemu lekarzowi. Stosuję tę opaskę od dawna, a cel jej najlepiej objaśni przykład. Zgłosił się do mnie pacyent, z naciekami gruźliczymi, który świeżo przebył *peri et paratyphlitis*; naciek we właściwem miejscu był znaczny, twardy, przy dotyku jeszcze bolesny; ponieważ chory ten w przeciągu pięciu kwartałów przeszedł już cztery razy, w mniejszym lub w większym stopniu nasilone to samo cierpienie, przeto postanowiłem być ostrożnym ze stosowaniem maści, okładów rozgrzewających, lub kataplazmów. Kazałem choremu leżeć w łóżku, obłożyłem mu brzuch grubym pokładem suchej waty, na to dałem suchą, utrzymującą opaskę; wynik przeszedł moje oczekiwania: po 14-tu dniach zmalał naciek z grubości kiełbasy do grubości zwykłego ołówka: bliższych komentarzy — zdaje się — robić nie potrzebuję. To wszakże pewne, że nie był tu bez znaczenia i wpływ tak skutecznego dla ozdrowieńców powietrza Zakopańskiego.

Za wiele miejsca, jak na „przyczynek“, zajęłoby podanie wszystkich wskazań do stosowania opasek: uczynię to może innym razem: jednocześnie pragnąłbym opisać Sz. czytelnikom kilka ciekawszych przypadków kazuistycznych i zastosowany sposób ich leczenia.

Zakopane. *Dr. W. Tyszkiewicz.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie ze szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura za m. październik, 1898 r.

W miesiącu tym leczono ogółem 28 osób, w liczbie tej 7 osób pozostałych w leczeniu z m. września i 6 osób, pozostających nadal w leczeniu na listopad 1898 r.

Wykaz liczbowy tych 28 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	2	—	2
w kończyny górne	2	11	6	19
w kończyny dolne i tułów	—	—	7	7
w ciało gołe	2	9	6	17
przez ubranie	—	4	7	11
Liczby ogólne	2	13	13	28

Uwaga: Zwierzęta kąsające były: w 27 wypadkach psy i w 1 wypadku koń.

Osoby szczepione a zmarłe:

1) Franciszek Krupa, lat 7 liczący, syn górnika w Staremmieście na Śląsku, pokąsany przez psa wściekłego w dniu 21 sierpnia 1898, przybył do szczepień 28 sierpnia b. r. Przy badaniu stwierdzono: „wielokrotne ranki na ręce prawej, zadane w ciało obnażone, wymyte w kilka godzin po ukąszeniu roztworem sublimatu“. Szczepiony od 28 sierpnia do 5 września 1898 włącznie Zachorował 17 września, zmarł wśród objawów wodowstrętu dnia 21 września b. r.

2) Anna Perolun, lat 15 licząca, córka włościanina z Wierzbian, powiatu Jaworowskiego, pokąsana przez kota wściekłego w dniu 29 lipca 1898. Przybyła do szczepienia dnia 1 sierpnia b. r. Przy badaniu stwierdzono: wielokrotne ranki na grzbiecie ręki lewej, na dolnym końcu przedramienia prawego i na podudziu lewem; ugryziona w ciało obnażone, rany na drugi dzień zostały wypalone lapisem. Szczepiona od 1 do 9 sierpnia 1898 r. włącznie. Zmarła w dniu 8 września b. r. wśród objawów ogólnego porażenia, ale czy na wodowstręt? — nie wiadomo.

Prof. O. Bujwid.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 17 Listopada.

* Na ostaniem swem posiedzeniu wybrało Towarz. lekar. krak. komisyę przedwyborczą, w skład której powołani zostali koledzy: Braun, Bujwid, Cercha, Ciechanowski, Domański, Filipkiewicz, Gertler, Grażyński, Korczyński Ludomił, Krokiewicz, Kwiatkowski, Lewkowicz. Łazarski, Łepkowski, Marcisiewicz, Murdzieński, Pieniążek, Ponikło, Reiss, Rosner, Schöngut, Sroczyński, Surzycki, Świtalski, Wachholz.

Przewodniczącym tej Komisyi wybrało Towarzystwo kol. Prof Pieniążka.

(G.) W Nrze 38 »Przegl. lek« z 17 września b. r. podaliśmy wiadomość o zniesieniu wzajemnego równouprawnienia dyplomów lekarskich, uprawniających do wykonywania praktyki w obu połowach Monarchii Austro-Węgierskiej. Obecnie ministerstwa oświaty i spraw wewnętrznych wydały rozporządzenie (Oester. Sanitätswesen Nr. 37, Rocznik X.), dotyczące tych okoliczności, w których lekarzom jednej połowy Monarchii dopuszczalnem jest wykonywanie praktyki lekarskiej i w drugiej połowie. Ponieważ Galicya szerokim pasem graniczy z Węgrami, przeto podajemy tu streszczenie tego rozporządzenia:

§ 1. Lekarze, którzy w którejkolwiek połowie Monarchii otrzymali prawo wykonywania praktyki lekar. przed 1 Stycz. 1899 roku, mają teraz i na przyszłość w obu połowach Monarchii prawo to niezmiennie zachowane. Nawet ci lekarze, którzy prawo to po 1 Stycz. 1899 r. osiągną, lecz już przed tym terminem przynajmniej złożyli bodaj jeden ścisły egzamin, mogą za upoważnieniem odpowiedniego ministerstwa korzystać z tego prawa w obu połowach monarchii.

§ 2. Lekarze obu połów monarchii, zamieszkali i wykonujący praktykę lekar. w pasie granicznym obu połów, mają, — choćby dyplom i po 1 Stycz. 1899 r. otrzymali — prawo wykonywania praktyki także w pasie granicz. drugiej połowy monarchii, a nawet prawo przyjmowania obowiązków prywatnych, n. p. lekarzy fabrycznych, kas chorych itp.

§ 3. Pas graniczny stanowią powiaty polityczne przy granicy dołożone, względnie części powiatów wsuniętych pomiędzy właściwe powiaty graniczne.

§ 4. W pasie granicznym czynni i zamieszkali lekarze, uprawnieni do prowadzenia apteki domowej lub podręcznej, mają prawo korzystania z niej także w pasie granicz. drugiej połowy monarchii, pod warunkiem przestrzegania przepisów, obowiązujących w tym względzie w tej drugiej połowie.

§ 5. Podobnież obowiązani są ci lekarze stosować się do ustaw i przepisów, obowiązujących w tej drugiej połowie monarchii lekarzy praktykujących (n. p. obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych, wypadkach kryminal. itp.).

§ 6. Władze polityczne tych powiatów prowadzą i wymieniają sobie wzajemnie listy lekarzy, uprawnionych w ten sposób do wykonywania praktyki lekars. w całym pasie granicznym. Lekarze zaś zamieszkali w powiatach pasu granicznego, lecz nie leżących przy samej granicy, obowiązani są (!) w drodze swej władzy politycznej zawiadomić władzę polityczną powiatu sąsiedniej połowy monarchii o wykonywaniu przez siebie praktyki lekars. w tej drugiej połowie monarchii.

§ 7. W miejscach kąpielowych, odwiedzanych przez poddanych obu połów monarchii, mogą lekarze drugiej połowy wykonywać praktykę, za osobnem pozwoleniem ministerstwa odpowiedniej połowy.

§ 8. Praktyka konsyliarna lekarzy, używanych w poszczególnych wypadkach do drugiej połowy monarchii na naradę lekar. jest i nadal dozwoloną.

§ 9. Treść §§ 1, 2 i 3 stosuje się i do akuszerek.

§ 10. Lekarze wojskowi w czynnej służbie nie doznają nigdzie przeszkody w wykonywaniu praktyki.

§ 11. Rozporządzenie to obowiązuje od 1 Stycznia 1899.

§ 12. Równorzędne zarządzenie wydaje równocześnie król. rząd węgierski.

* W niedzielę, dnia 13 b. m., odbyło się we Lwowie poświęcenie polikliniki, t. j. lecznicy prywatnej, utrzymywanej staraniem i kosztem kilkunastu lekarzy lwowskich. Założona w roku 1885, mieściła się lecznica w mieszkaniu najętem; niedzielna uroczystość złączoną została z przeniesieniem tej instytucyi pod własny dach.

* Kalendarz Lekarski na rok 1899, wydany, jak i lat poprzednich, przez Doc. Dra Jana Raczyńskiego, opuścił prasę. Posiada on tak co do kształtu, papieru, druku, jak i treści, wszystkie zalety swego poprzednika. W niektórych działach, np. w poradniku terapeutycznym, znajdujemy korzystne zmiany; dział »nowych leków« został uzupełniony nabytkami ubiegłego roku. Wiele nowych wiadomości, dotyczących chemii lekarskiej, rozszerzyło zakres zadań kalendarza. Ułożenie skorowidzu lekarskich instytucyj w Galicyi, oraz wiernie spisany szematyzm lekarski, czynią to wydawnictwo niezbędnem *vade mecum* każdego lekarza i, z tego względu, jako też dla wartości swej treści, kalendarz lekarski krakowski nie może mieć żadnego u nas współzawodnika.

* Z powodu panującej we Lwowie płonicy czyni ostrzegające uwagi „Słowo Polskie", że kwiaty i krzewy, któremi przyozdabia się katafalk zmarłych na choroby zakaźne, częstokroć bezpośrednio są wynajmowane dla dekoracyi sal balowych, a nawet mieszkań prywatnych, w których odbywają się uroczyste obchody.

* Szlachetne zasady Pasteura nie przestają wywierać dobroczynnego wpływu na jego byłych uczniów: Dr. Calmette ofiarował Instytutowi Pasteurowskiemu 250,000 fr., złożonych mu przez właścicieli winnic w Seclin za zastosowanie jego metody do destylacyi wina.

* »Berliner Tageblatt« donosi, że na tegorocznem zebraniu rosyjskiej Rady państwa ma się rozstrzygnąć sprawa ustanowienia ministerstwa dla spraw lekarskich. Powołanie do życia tej instytucyi zdaje się nie ulegać wątpliwości.

* Podczas uroczystego przyjęcia, jakie niedawno wyprawiono w Londynie prof. Virchowowi, doręczono wielkiemu uczonemu telegram bezimienny tej treści: »Precz ztąd nędzny wiwisekcyonisto! Anglia gardzi tobą i przesyła ci kopnięcie nogą tam, gdzie się należy«. Łatwo odgadnąć, że to nie popsuło uroczystości Virchowowi, ale musiał on pomyśleć sobie to, co w wiedeńskiej Radzie państwa głośno powiedział poseł Gniewosz pewnemu nieparlamentarnemu parlamentarzyście.

* Nienależąc do ludzi wykształconych w obszernem słowa znaczeniu, morderca Cesarzowej Elżbiety, Luccheni, dobrze zna kryminologów i ich dzieła. Już w więzieniu wypraszał on sobie, ażeby go nie poczytano za obłąkanego lub za zbrodniarza z urodzenia, jakby gotów nazwać go Lombroso.

Co do Lombroso, to w istocie obawy Lucchenigo ziściły się słowo w słowo. Inni kryminologowie, przyglądając się fotografii tego zbrodniarza, dopatrzyli, że cała lewa jego strona, a więc: policzek, szyja, tułów i kończyny — są mniej rozwinięte; z czego wypływałoby, że Luccheni przebył w dzieciństwie *encephalo-myelitis*, cierpienie dziedziczne, atawistyczne następstwo opilstwa, nędzy fizyologicznej, a może jakiej choroby zakaźnej, przebytej w niemowlęctwie. Podług tego fotograficznego orzeczenia Luccheni ma należeć do gromady »asymetryków niezrównoważonych«.

Mianowani: Doc. Zoth Oskar — prof. nadzwyczajnym fizyologii w Gradcu, prof. nadzw. psychiatryi Dr. Obersteiner — profesorem zwyczajnym w Wiedniu. Dr. Kouwer — profesorem ginekologii w Utrechcie. Dr. Marignac — prof. higieny w Genewie. Dr. Bouget — profesor kliniki chor. wewn. w Lozannie.

Nekrologia. † **Dr. Witold Jodko Narkiewicz**, znany w świecie lekarskim okulista, zakończył życie, licząc lat 64. Zmarły urodził się w roku 1834, szkoły średnie odbył w Mińsku, a uniwersytet w Dorpacie. Stopień doktora medycyny uzyskał w Radzie lekarskiej Królestwa polskiego w r. 1859. Po odbytej podróży naukowej, w celu dalszego doskonalenia się w okulistyce, osiadł w r. 1860 w Warszawie i wkrótce objął posadę kierownika oddziału ocznego w szpitalu żydowskim, a od r. 1870 był ordynatorem w instytucie oftalmicznym. Po napisaniu rozprawy: „O akomodacyi prawidłowej, przestrzeni akomodacyjnej" został mianowany w roku 1862 docentem do wykładów z zakresu okulistyki w Szkole głównej warszawskiej i pełnił ten obowiązek do r. 1866. Ogłosił kilkadziesiąt rozpraw w „Tygodniku Lekarskim" i »Pamiętniku Towarz. lek. warszawskiego«, oraz przełożył »Oftalmologię« Weckera na język polski.

Od lat 10 zamieszkał w rodzinnej wiosce Bobowinie w gubernii mińskiej, gdzie też dokonał zasłużonego żywota. Cześć Jego pamięci.

Zmarli: Dr. Leon Klein, lekarz miejski w Chrzanowie, zmarł w 56 roku życia. Dr. P. Delijanis, prof. zwycz. patologii, zmarł w Atenach.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 23 Listopada, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (Sala Sniadeckich).

Na porządku dziennym:

1) Sprawy administracyjne.

2) Kol. Dr. Rutkowki Maks. wygłosi: „O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków". (Odczyt ten miał się odbyć na poprzedniem posiedzeniu, lecz dla braku czasu nie przyszedł do skutku).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.